様式３

令和　　年　　月　　日

診療・検査医療機関　辞退届

島根県知事　　様

所　在　地

医療機関名

担当者氏名

電話番号

　診療・検査医療機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

１ 指定を受けた医療機関名

２ 指定日（指定通知書に記載された日付）

３ 辞退する理由

|  |
| --- |
| ●今後の相談・外来診療体制の確保のため、以下の質問にもお答えください。  【問１】指定解除後も発熱患者等の診療・検査（新型コロナ）を行いますか？  行う　・　行わない　　（いずれかに○）  【問２】（問１で「行う」とした場合）引き続き、県の健康相談コールセンターの医療機関リストへ貴院を掲載することについて、御了承いただけますか？  了承する　・　了承しない　（いずれかに○）  ※問２で「了承する」と回答いただいた場合は、指定解除後もコールセンターでこれまでと同様の御案内をさせていただきます。相談された方々がスムーズに受診できるよう、できる限りリスト掲載に御協力ください。 |